НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

ОСТРЫЙ АРТРИТ КОЛЕННОГО СУСТАВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ МЕТАСТАЗОМ РАКА В БЕДРЕННУЮ КОСТЬ

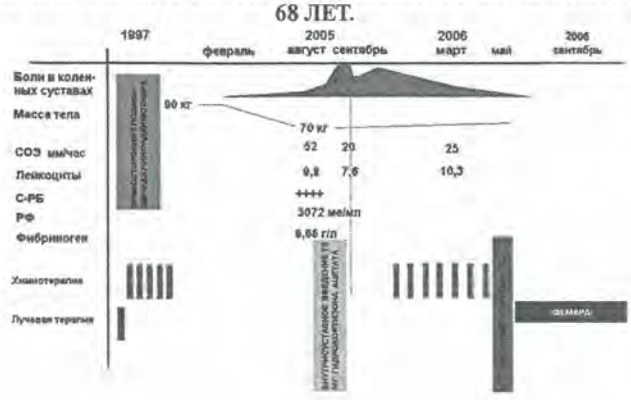
Е.В. Жиляев, Т.Б. Альхименко, Э.В. Краснова
Главный клинический госпиталь МВД РФ, Москва

Синдром острого артрита объединяет группу заболеваний, различных по этиологии, крайне разнообразных по морфологическим признакам, но характеризующийся сходством клинической картины: острое возникновение и быстрое нарастание боли в суставе, выраженные экссудативные проявления в нём. Наиболее часто острым артритом проявляются подагра, реактивный артрит, инфекционный артрит, реже - ревматоидный артрит (РА). Однако существуют и другие причины. Приводим собственное наблюдение.

Больная П., 68 лет, была госпитализирована в эндокринологическое отделение Центральной больницы МВД России 29.08.05 с жалобами на выраженные боли и отек правого коленного сустава, резко ограничивающие ходьбу. Кроме того, больная отмечала боли в мышцах рук, головокружение при перемене положения головы, снижение зрения, сухость во рту, учащенное мочеиспускание, снижение массы тела.

Из анамнеза известно, (рис.1) что в 1997 г. больная перенесла правостороннюю подмышечную лимфоаденэктомию по поводу выявленного метастаза аденокарциномы предположительно молочной железы (TxN1Mo). Первичная опухоль, несмотря на детальное обследование, обнаружена не была. В том же году пациентке была проведена лучевая терапия на правые над- и подключичную области, в дальнейшем получила 5 курсов химиотерапии

Рисунок 1
ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНОЙ П. 68 ЛЕТ.



в Главном клиническом госпитале МВД России, после чего наблюдалась у онколога поликлиники, признаков рецидивирования и метастазирования опухоли не отмечалось.

С 1997 г. у больной диагностирован сахарный диабет 2 типа, средней тяжести (компенсация поддерживалась на фоне приема манинила 7,5 мг/сут.), с этого же года отмечалось периодическое повышение АД, максимально - до 180/100 мм рт. ст. Постоянной антигипертензивной терапии не проводилось.

С февраля 2005 г. больная отметила боль в области правого коленного сустава. С того же времени обратила внимание на снижение массы тела, которая к моменту госпитализации уменьшилась на 20 кг. Выраженное ухудшение самочувствия наступило с конца июля 2005 г., когда резко усилились боли в суставе, сустав значительно увеличился в объеме, появилась отчетливая локальная гипертермия. В тот же период отмечалось возрастание уровня сахара в крови.

Состояние при поступлении расценено как удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Трофические изменения кожи голеней. Дефигурация и отек правого коленного сустава. Пульс на артериях стоп ослаблен, отмечено расширение подкожных вен голеней. ЧСС - 80 в мин., АД - 140/80 мм рт.ст.

В лабораторных показателях обращено внимание на повышение острофазовых показателей: СРБ (++++), фибриноген – 6,66 г/л, СОЭ - 52 мм/час, гамма-глобулины – 28%, ревматоидный фактор (РФ) - 3072 МЕ/ мл (норма до 8 МЕ/мл), небольшой лейкоцитоз - 9,8 х 10^9/л с небольшим палочкоядерным сдвигом (до 6%), умеренный тромбоцитоз - 343х10^9/л, а также - повышение ферритина до 455,6 нг/мл. В анализах мочи – лейкоцитурия – 40-50 в поле зрения, белок – 0,066 г/л. Кальций – 1,02 ммоль/л, сывороточное железо 2,8 ммоль/л. Остальные биохимические показатели, уровни гормонов щитовидной железы и ТТГ - в пределах нормы. На ЭКГ выявлялась синусовая тахикардия, горизонтальное положение электрической оси сердца, умеренные неспецифические изменения

конечной части желудочкового комплекса, более выраженные в II, III, aVF отведениях, признаки гипертрофии левого желудочка. При рентгенографии коленных и тазобедренных суставов картина выраженного артроза в виде значительных костных экзостозов в области правого коленного сустава, остеоартропатия, снижение костной плотности в дистальном отделе правой бедренной кости, выраженный двусторонний коксартроз, обызвествление в суставной сумке правого тазобедренного сустава.

В отделении проводилась терапия палином, ксефокамом, кетаролом.

Через несколько дней после поступления в отделение имел место эпизод внезапного усиления боли в коленном суставе, после которого пациентка больше не смогла наступить на ногу. Движения в постели были также резко ограничены. При осмотре ревматологом: отек, дефигурация, резкая болезненность при пальпации, выраженная гипертермия в области правого коленного сустава. В суставе определяется значительное количество жидкости. Активные и пассивные движения невозможны. Гипотрофия мышц правого бедра. При пункции из полости сустава получено около 50 мл соломенно-желтой жидкости обычной вязкости. Микроскопически: лейкоциты -360,0/мкл, из них сегментоядерные –90%, лимфоциты –10%, эритроциты -12/мкл. В сустав было введено 75 мг гидрокортизона. Учитывая клинику острого моноартрита коленного сустава, отсутствие данных в пользу подагры и инфекционного артрита, высокий титр РФ, был заподозрен дебют РА. Пациентка была переведена в терапевтическое отделение ГКГ МВ РФ, где при дообследовании рентгенологически был выявлен патологический перелом правой бедренной кости (рис. 2). При сцинтиграфии скелета с Tc-99m (рис. 3) отмечено множественное метастатическое поражение костей скелета: левой плечевой, правой седалищной, левой подвздошной, обеих бедренных костей, C_{III}, Th_{VIII}, Th_{IX} и L_1 позвонков. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) молочных желез в верхне-наружном квадранте правой молочной железы обнаружено объемное образование 2,1х0,8см с признаками повышенного кровотока. При рентгенографии органов грудной клетки, эзофагогастродуоденоскопии, УЗИ органов брюшной полости, почек и малого таза другой патологии не выявлено.

Состояние расценено как рак правой молочной железы, состояние после комплексного лечения в 1997 г., прогрессирование процесса, метастазы в кости. Острый артрит правого коленного сустава, вызванный костным метастазом. Патологический перелом правой бедренной кости.

Перелом был иммобилизован ортезом. С сентября 2005 г. начата химиотерапия фарморубицином, фторурацилом, циклофосфаном, которую больная переносила удовлетворительно. Во время проведения курса 22.09.05. почувствовала резкую боль в левом бедре, на рентгенограмме констатирован патологический перелом в нижней трети левого бедра, произведена иммобилизация ортезом.

В дальнейшем состояние больной улучшилось, проявления артрита значительно уменьшились (рис. 4). Рентгенологически отмечена консолидация обоих переломов. Во время проведения 5-го курса химиотерапии больная вновь (конец февраля 2006 г.) стала ходить (рис. 5). Для облегчения занятий по расширению режима произведена повторная эвакуация жидкости из сустава (15 мл) и введение в сустав 20 мг кеналога – с положительным эффектом. К маю 2006 г. было проведено 7 курсов химиотерапии, затем пациентка была переведена на прием фемары. Для подавления костных метастазов был введен радиоактивный стронций (Sr –89m). В сентябре 2006 г. при плановом обследовании на УЗИ опухолевый узел в молочной железе не обнаружен, выявлен единичный измененный лимфатический узел в надключичной области размером 0,8 см, другие ранее выявлявшиеся лимфатические узлы с измененной эхоструктурой не обнаружены. Значительно снизилось накопление радиофарм препарата в зонах костных метастазов, новых очагов повышенного накопления не выявлено. Больная самостоятельно передвигается по палате и коридору отделения при помощи «ходунков». Свободная ходьба невозможна из-за неправильного срастания перелома правой бедренной кости. Признаки гонартрита отсутствуют.

Обсуждение

Острые артриты, вызываемые метастатическим поражением прилежащей к суставу кости, известны в мировой литературе, хотя и считаются весьма редким явлением. Так, по данным R.K. Munn et al. 1995 г. было описано 27 наблюдений такого рода [1]. Нам также удалось обнаружить 3 описания, сделанные после 1995 г. [2-4]. Среди опухолей, метастазы которых вызывали такие артриты, чаще всего упоминаются бронхогенная аденокарцинома, рак молочной железы и толстой кишки. Наиболее часто поражаются коленные суставы. Имеются, однако, и описания вовлечения других суставов (голеностопных, плечевых, тазобедренных). Случаи характеризуются острым развитием артрита и формированием массивного выпота. Микроскопически, однако, выпот обычно представляется невоспалительным и часто геморрагическим. Подобные артриты в момент возникновения нередко становятся источником диагностических ошибок. Чаще всего предполагают септический артрит, подагру, РА.

Биопсия синовии в большинстве случаев позволяла выявить ее опухолевое поражение. По этой причине большинство авторов связывают развитие артрита с инвазией опухоли в синовиальную оболочку. Однако высказывалось предположение и о возможности развития артритов по типу реактив-

Рисунки к статье О.А. Кричевской с соавторами
«НЕКОТОРЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РЕВМАТОЙДНОГО АРТРИТА»

ПРИМЕР СЧЕТА ЭРОЗИИ И СУЖЕНИЯ МЕЖСУСТАВНЫХ ЩЕЛЕЙ ПО МЕТОДУ VAN DER HEIJDE/SHARP

МЕТОД ЛАРСЕНА. СТАНДАРТНЫЕ РЕНТГЕНОГРАММЫ ПРОКСИМАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ КИСТЕЙ

Рисунки к статье Е.В. Жиляева с соавторами
«ОСТРЫЙ АРТРИТ КОЛЕННОГО СУСТАВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ МЕТАСТАЗОМ РАКА В БЕДРЕННУЮ КОСТЬ»

рис. 2

РЕНТГЕНОГРАММА ПРАВОГО КОЛЕННОГО СУСТАВА

рис. 3

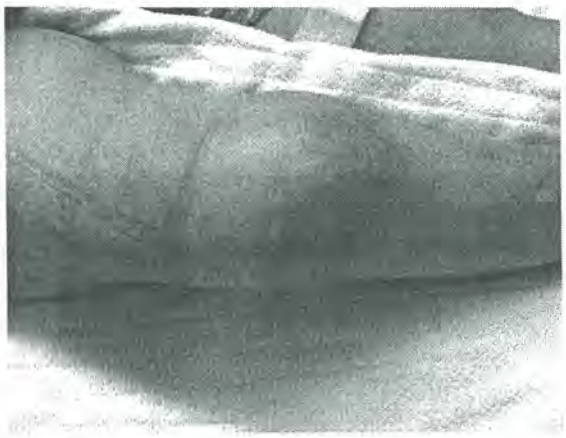
СЦИНТИГРАФИЯ СКЕЛЕТА С ТС-99М-ПИРОФОСФАТОМ

ных без непосредственного проникновения злокачественных клеток в структуры сустава. Анализ представленного наблюдения дает основание предполагать у нашей пациентки скорее первый вариант. Метастазы выявлены были в дистальных отделах обеих бедренных костей. Однако артрит развился лишь в правом коленном суставе, где поражение кости было более распространенным и, вероятно, сопровождалось прорастанием опухоли в синовию.

Механизм развития этих артритов остается не вполне ясным. Можно предположить, что такая выраженная воспалительная реакция на опухолевую ткань обусловливается высокой продукцией металлопротеиназ (МП), которая характерна для метастазов [5]. Эти ферменты, в свою очередь, могут индуцировать выработку провоспалительных цитокинов клетками синовиальной оболочки.

Рисунок 4

ВИД КОЛЕННОГО СУСТАВА. ФЕВРАЛЬ 2006.



Особенностью описываемого случая является выявление высоких титров сывороточного РФ, что не является характерной чертой артритов, вызванных костными метастазами. Дальнейшее наблюдение за данной больной не выявило у неё вовлечения других суставов и позволило исключить сопутствующий РА. По-видимому, появление РФ следует рассматривать в рамках паранеопластической реакции.

Интерес представляет и отмеченное обратное развитие артрита на фоне успешной химиотерапии и лечения радиоактивным стронцием. В целом, такие артриты, однако, считаются фактором плохого прогноза и, судя по описаниям, проявляют значительную резистентность к терапии.

Рисунок5

ПЕРВЫЕ ШАГИ ПОСЛЕ 6 МЕСЯЦЕВ ПОСТЕЛЬНОГО РЕЖИМА. ФЕВРАЛЬ 2006

ЛИТЕРАТУРА

1. Munn R.K., Pierce S.T., Sloan D., Weeks J.A. Malignant joint effusions secondary to solid tumor metastasis. J. Rheumatol., 1995, 22, 5, 973-975.
2. Meddeb N., Hamza S., Moalla M et al. Patelar metastasis of primary lung cancer. Rev. Pneumol. Clin., 2003, 59, 3, 176-178.
3. Beckers C., Foidart J., Thiry A., Malaise M.G. Synovial metastases from colonic cancer presenting as arthritis of the knee. Characterization by 18FDG PET scan. Rev. Med. Liege, 2002, 57, 7, 467-474.
4. Kaufmann J., Schulze E., Hein G. Monarthritis of the ankle as manifestation of a calcaneal metastasis of bronchogenic carcinoma. Scand. J. Rheumatol., 2001, 30, 6, 363-365.
5. John A., Tuzynsky G. The role of matrix metalloproteinases in tumor angiogenesis and tumor metastasis. Patol. Oncol. Res., 2001, 7, 1, 14-23.

Поступила 15.12.06